**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Eu*,* , Insira neste campo a profissão e o registro profissional responsável principal pelo projeto de do(s) estudantes(s) Insira neste campo o nome dos alunos participantes, o(s) qual(is) pertence(m) ao curso de Insira neste campo nome do Curso da Insira neste campo o nome da Instituição venho, por meio deste me comprometer a utilizar todos os dados coletados, unicamente, para o trabalho intitulado **Insira neste campo o título da sua pesquisa**, bem como, manter sob sigilo a identificação dos participantes, a cujas informações terei acesso, respeitando, assim os preceitos éticos e legais exigidos pelas Resoluções no 466/12 e no 510/16, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Nos comprometemos também a dar início à coleta de dados após a aprovação final dada pelo CEP-UNIP.

Atenciosamente,

|  |
| --- |
|  |
| *Assinatura do(a) responsável principal* |

Local e data:      ,    de de 20  .